Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

88

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Elisabeth THIBAUD née SOT

LE 21 JUIN 1944 A SAUVIGNY-LES-BOIS (NIEVRE)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Présentée et soutenue publiquement le 1972

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ABSENCE CONGENITALE DE VAGIN PAR EMPLOI DES PETITES LEVRES.

PRESIDENT : MONSIEUR RENE MUSSET, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

Année 1972 *N°*

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

BROUSSAIS - HOTEL-DIEU

THESE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Elisabeth THIBAUD née SOT

LE 21 JUIN 1944 A SAUVIGNY-LES-BOIS (NIEVRE)

Ancienne Externe des Hôpitaux de Paris

Préseniée et soutenue publiquement le 1972

LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE L'ABSENCE CONGENITALE DE VAGIN PAR EMPLOI DES PETITES LEVRES.

PRESIDENT : MONSIEUR RENE MUSSET, PROFESSEUR.

Editions de l'AGEMP

8, rue Dante-PARIS Ve

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A la mémoire de mes Parents

A mon Mari

A mon Fils

A la mémoire de mes Parents

A mon Mari

A mon Fils

A monsieur le Professeur MUSSET

Il m'a fait l'honneur d'accepter de présider cette thèse

Il m'en a confié le sujet et m'a guidé avec bienveillance au cours de son élaboration et de sa rédaction.

Je lui dois un enseignement vivant et d'une grande rigueur

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde gratitude et de mon respectueux attachement.

A monsieur le Professeur MUSSET

Il m'a fait l'honneur d'accepter
de présider cette thèse

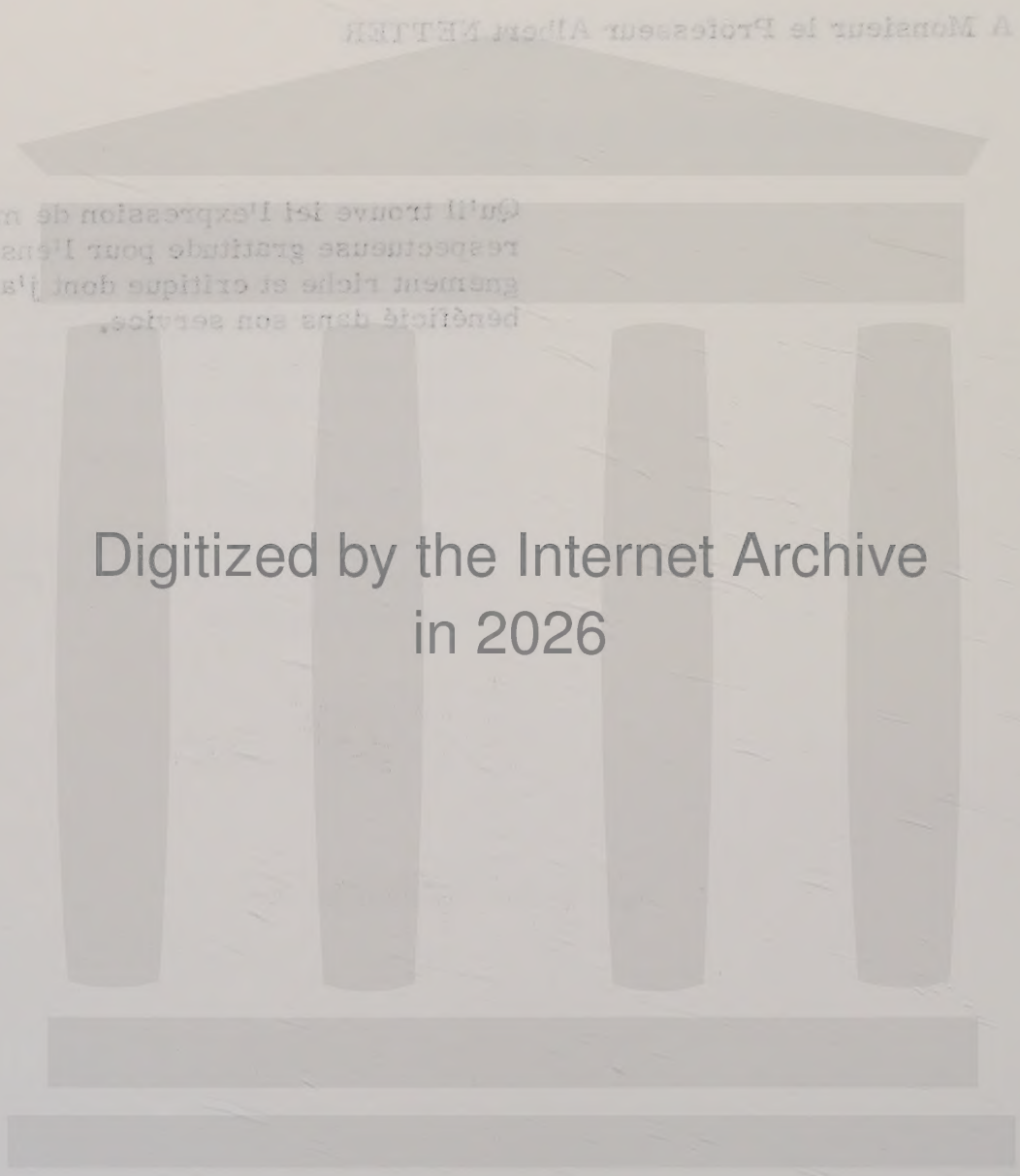
Il m'en a confié le sujet et m'a
guidé avec bienveillance au cours
de son élaboration et de sa rédaction.

Je lui dois un enseignement vivant et
d'une grande rigueur.

Qu'il trouve ici l'expression de ma
profonde gratitude et de mon respec-
tueux attachement.

A Monsieur le Professeur Albert NETTER

Qu'il trouve ici l'expression de ma respectueuse gratitude pour l'enseignement riche et critique dont j'ai bénéficié dans son service.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548027_0017

A Madame le Docteur LAMBERT-NETTER

A Madame le Docteur SALOMON-BERNARD

A Monsieur le Professeur Agrégé POITOUT

A Monsieur le Docteur BELAISCH

A Monsieur le Docteur BOURREL

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

A mes Maîtres d'Externat

Monsieur le Professeur BERTHAUX

Monsieur le Professeur LEGER

Monsieur le Professeur RICHET

Monsieur le Professeur VIGNALOU

Monsieur le Professeur BACH

Monsieur le Professeur MERGER

Monsieur le Professeur NETTER

Monsieur le Professeur MUSSET

INTRODUCTION

De très nombreux procédés ont été décrits pour remédier à l'absence congénitale de vagin.

Parce qu'elles font courir le risque de complications post opératoires vitales, les techniques de transpositions viscérales sont de moins en moins mises en oeuvre.

Deux méthodes se partagent la faveur de la quasi totalité des auteurs :

- l'une est la méthode non opératoire de FRANK
- l'autre est une méthode chirurgicale qui comporte obligatoirement un premier temps de clivage recto-vésicale.

Parfois, le recouvrement épithélial de la néocavité ainsi créée est abandonné à son évolution spontanée sous couvert du maintien à demeure d'un mandrin destiné à prévenir les réaccollements, selon le procédé de Counseller.

Mais d'autrefois, le recouvrement de la néocavité est entrepris immédiatement après le clivage de manière variable :

- rarement actuellement est fait appel à des greffes de peau épaisse, qu'il s'agisse de lambeau pédiculé (GAD 1932), de lambeau tubulé (FRANK et GEIST 1927) ou de lambeau périnéo-fessier (HEPPNER 1872, SICARD 1943).
- très souvent il est fait recours à une greffe dermo épidermique mince : ce sont les procédés très employés de MAC INDOE 1937, de CORDIER, THOYER-ROZAT et VILAIN,
- Certains auteurs enfin, ont utilisé des lambeaux cutanéo-muqueux :
  - non pas tant au dépens des grandes lèvres (CREDE 1884)
  - que surtout des petites lèvres.

C'est cette dernière méthode que nous nous proposons d'exposer dans ses différentes variétés.

Nous présentons dans ce travail :

1 - l'étude historique des différentes techniques,

2 - l'intérêt, les avantages et les inconvénients du procédé de recouvrement du décollement recto-vésical par les petites lèvres dédoublées,

3 - les observations du service du Docteur MUSSET.

oOo

I - HISTORIQUE

La méthode d'autoplastie muqueuse à partir des petites lèvres fut employée pour la première fois en 1890 par ROUX, de Lausanne. Voici la technique opératoire, telle qu'elle fut publiée au Congrès Francais de Chirurgie de 1891 - schéma 1).

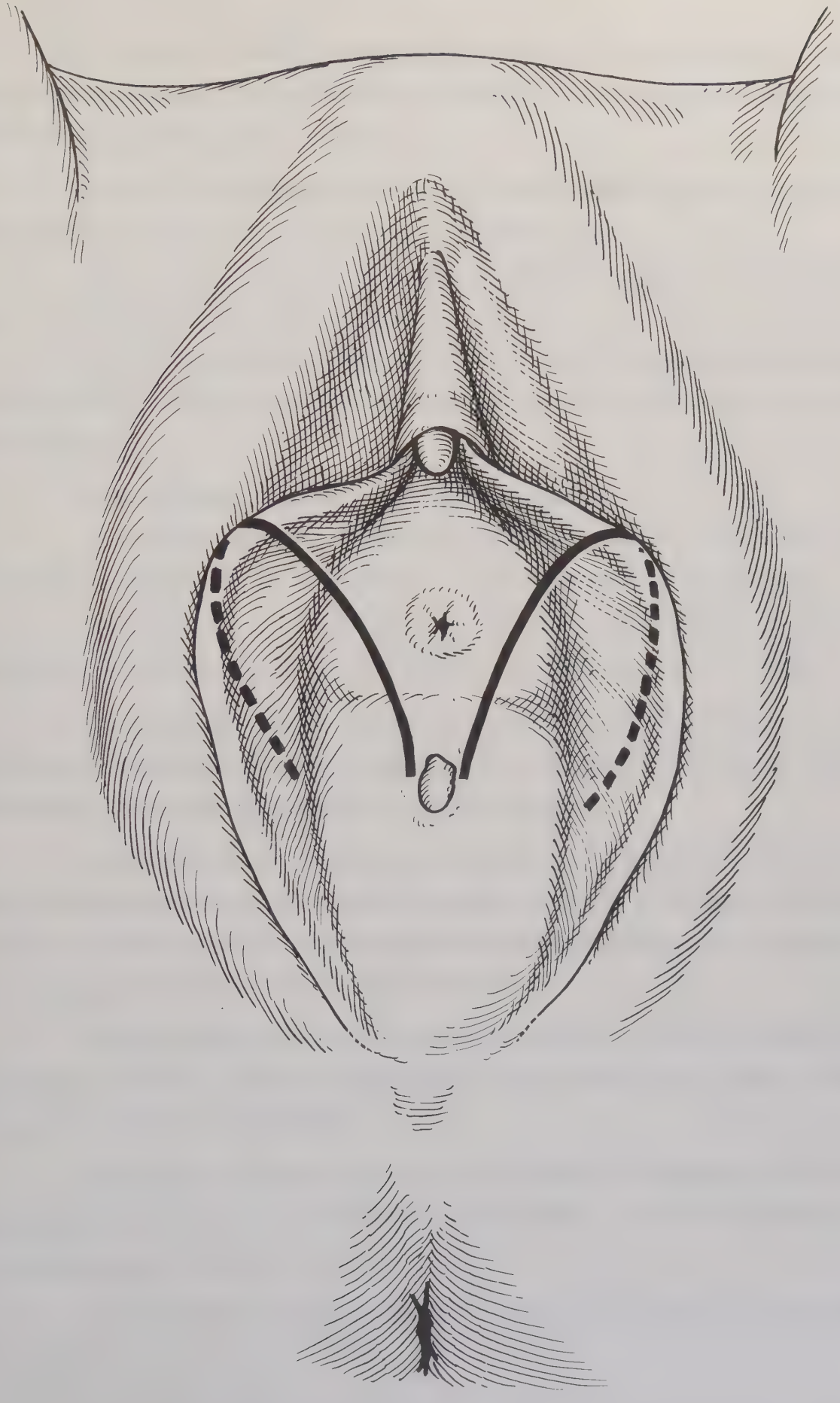
"A partir du petit orifice hyménéal, il est fait de chaque côté une incision latérale oblique en avant et en dehors, à travers la petite lèvre, jusqu'à la face interne de la grande lèvre, pour revenir en arrière et en dedans. Les lambeaux sont préparés et placés comme tapisserie dans la cavité formée par décollement inter-vésico-rectal. Leur extrémité supérieure est fixée dans le fond de la nouvelle cavité. Les lambeaux se trouventplus longs que leur tracé au bistouri, parce qu'on a eu soin de déplier la petite lèvre et d'en utiliser les deux faces dans le plande` revêtement épithélial du nouveau vagin.

Enfin, pour les fixer en surface et favoriser leur accollement, on tamponne la cavité avec une éponge entourée de gaze iodoformée".

Le résultat anatomique et fonctionnel fut bon. Le même auteur utilisa ce procédé une deuxième fois avec succès (Rapport du Congrès Francais de Chirurgie de 1901). Cinq autres cas opérés selon la même technique furent ultérieurement publiés par :

FRANK 1892
SCHWARTZ 1892
KUSTNER 1893
LIPINSKY 1895
FOURNIER 1905

Parmi ces cas, celui de LIPINSKY concerne un rétrécissement cicatriciel du vagin, les quatre autres cas concernent des aplasies vaginales sans utérus sus-jacent.



1 - ROUX

La technique de KUSTNER diffère légèrement par le fait que l'auteur suture entre eux les deux lambeaux à l'extérieur de la nouvelle cavité en une poche qu'il invagine et fixe ensuite.

En 1903, ANDERSON apporta une modification à la technique originale par l'utilisation d'une incision en H dont (schéma 2) :

- la branche transversale située au fond de la cupule vestibulaire, amorce le décollement recto-vésical,

- les bras latéraux remontent vers le haut, détachent les petites lèvres à proximité du clitoris et sont prolongés vers le bas jusqu'au dessous de la fourchette vulvaire.

Cette incision délimite ainsi quatre lambeaux :

- deux latéraux formés par les petites lèvres qui, dédoublées, permettent de tapisser les faces latérales, du décollement recto-vésical,

- deux médians : antérieur sous uréthral et postérieur pré-anal, qui permettent de revêtir les faces antérieure et postérieure du néo-vagin.

En fin d'intervention, un moule en verre de 3 cm de large sur 10 cm de long est placé dans la cavité : celui-ci est renouvelé chaque jour après désinfection locale avec une solution de permanganate.

ANDERSON fit sa publication 10 jours après son intervention. A cette date, l'évolution était très favorable, puisque tous les lambeaux avaient pris et que la cicatrisation se faisait dans de bonnes conditions. On ne possède pas de renseignements sur l'évolution ultérieure.

POZZI s'inspira de ce procédé pour opérer en 1910 une jeune fille de 22 ans ayant une aplasie vaginale totale, sans utérus sus-jacent. Sa technique fut la suivante (schéma 3) :

-après une incision en H, dont les branches verticales passent à la racine des petites lèvres, et la branche horizontale, un peu au devant de l'union de la muqueuse hyménéale et de la peau,

- il dissèque les deux lambeaux antérieur et postérieur ainsi délimités.

- et pratique un clivage inter vésico rectal jusqu'au Douglas. La cavité ainsi formée est tapissée en avant et en arrière par les deux lambeaux.

Puis il crée deux lambeaux latéraux en prolongeant comme Anderson les bras latéraux de l'H. Les petites lèvres sont libérées, dédoublées et sont rabattues soigneusement pour recouvrir les faces latérales du vagin.

- enfin, un point particulier, dans un dernier temps POZZI procède à une mobilisation de l'urèthre afin d'éviter la tension du lambeau antérieur et d'en augmenter la profondeur. Pour cela il pratique une incision transversale supra méatique, dissèque l'urethre, l'abaisse dans le vagin et le maintient ainsi en suturant verticalement l'incision primitivement horizontale.

La nouvelle cavité est ensuite tamponnée à la gaze iodoformée.

- Suites opératoires :

Une fois la cicatrisation suffisamment avancée, dans la profondeur, les pansements sont remplacés par un mandrin en caoutchouc de plus en plus volumineux.

Seul le fond fut long à cicatriser.

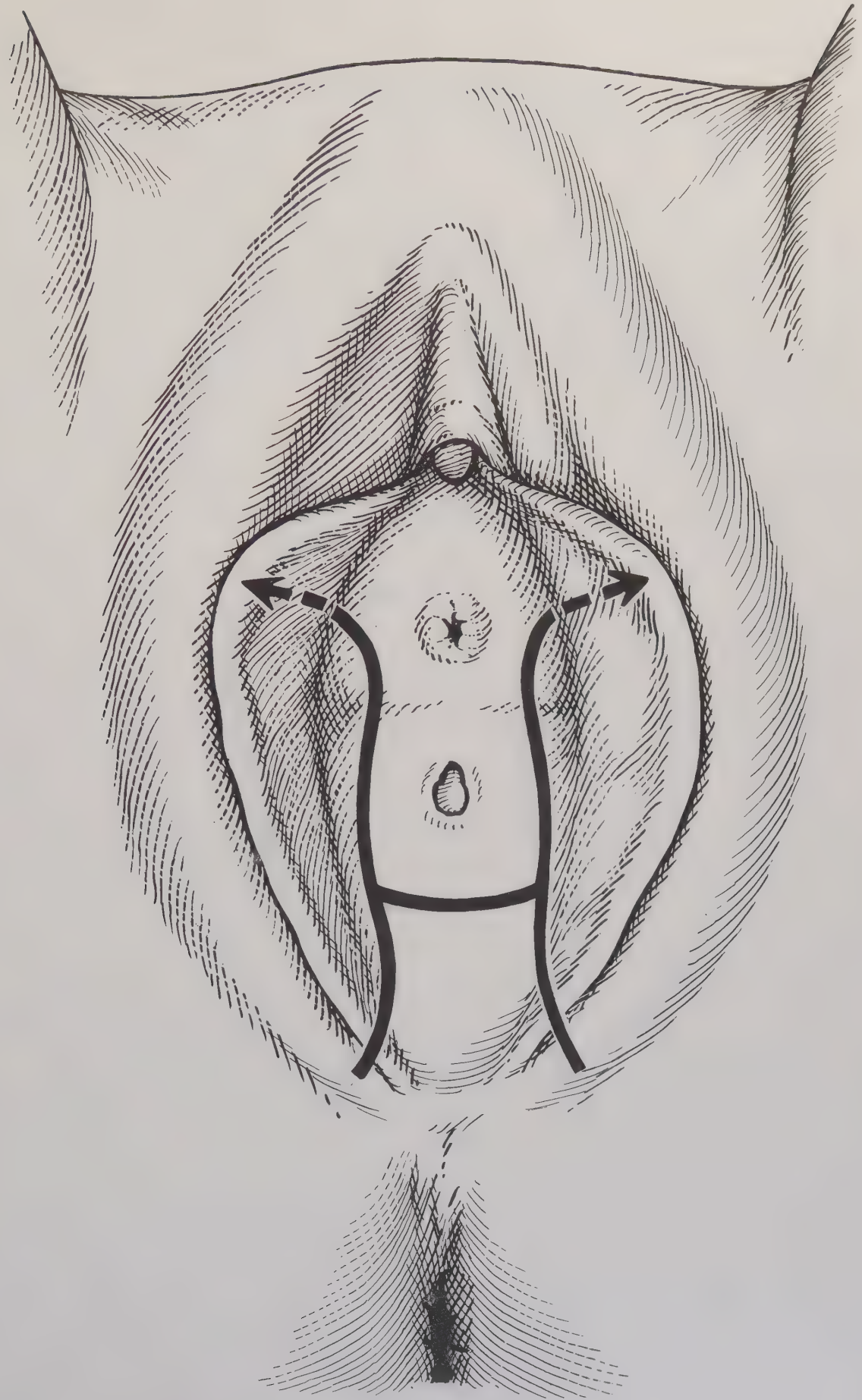
A l'examen , 7 mois après l'intervention :

- la cavité possède 6 cm et demi de long et admet facilement deux valves vaginales de dimensions moyennes,

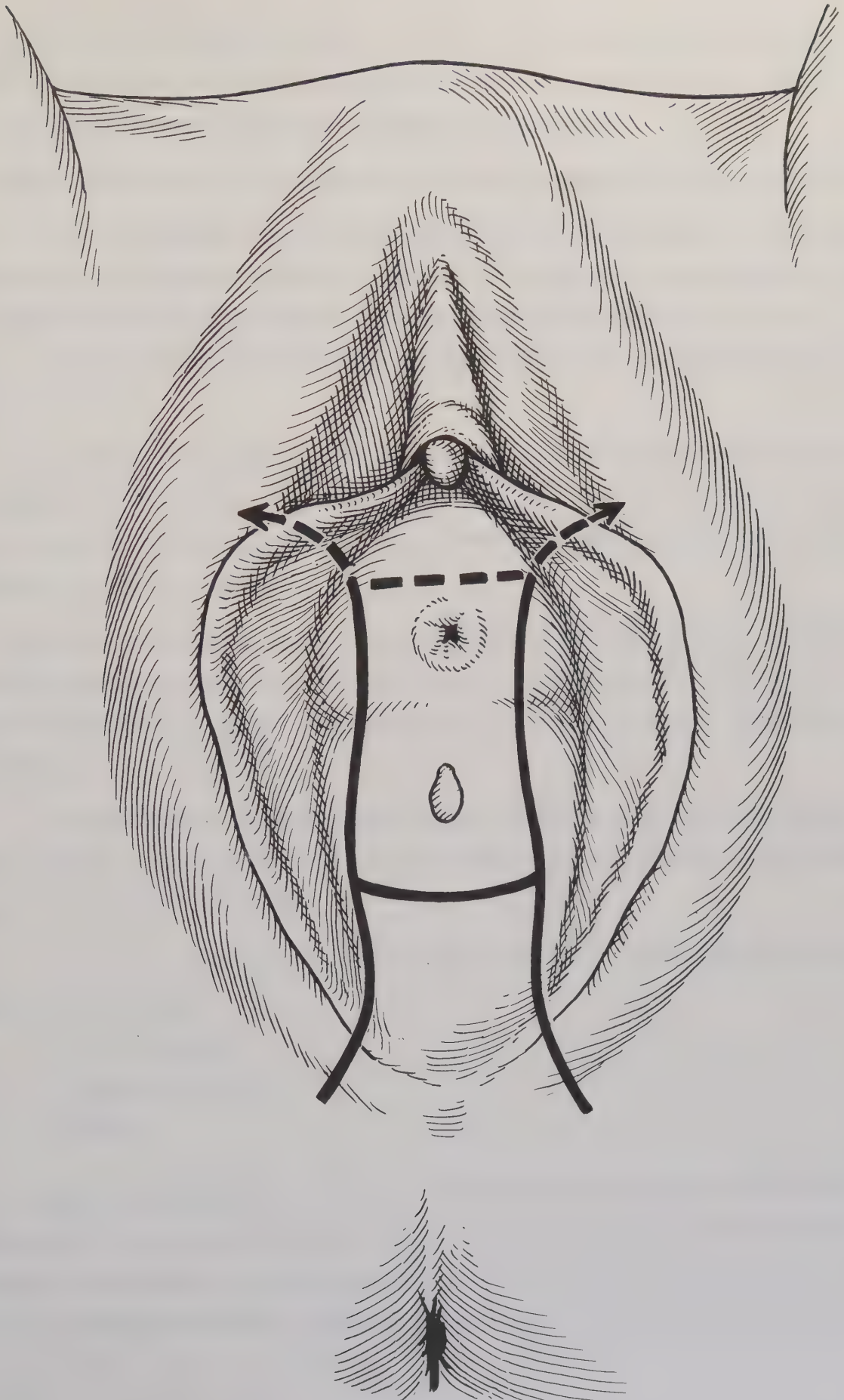
- le fond est cicatrisé mais porteur d'un bourgeon charnu. Les relations sexuelles sont alors autorisées et il est bien recommandé à la patiente de continuer à porter pendant la nuit et aussi longtemps qu'elle désirera avoir un vagin fonctionnel, un mandrin dilatateur fixé à une ceinture à la façon de l'hystérophore utilisé parfois à l'époque pour la contention des prolapsus.

C'est sous le nom de Méthode de GRAVES que la méthode d'autoplastie muqueuse à partir des petites lèvres est décrite dans la littérature anglo-saxonne.

GRAVES publia en 1916, le procédé qu'il utilisa pour la première fois en 1908. En 1921, il présenta une seconde observation traitée selon la même technique (schéma 4).



2 - ANDERSON



3 - POZZI

A - Le décollement vésico-rectal est amorcé par une incision transversale au fond de la cupule vestibulaire. Plusieurs fils de catgut aux chefs gardés longs sont placés dans le fond de la cavité artificielle.

B - Quatre lambeaux sont ensuite préparés pour recouvrir totalement la cavité :

- deux antérieurs formés par les petites lèvres, celles-ci sont sectionnées par une incision allant du voisinage du clitoris à l'extrémité de l'incision transversale. Les petites lèvres sont ensuite dédoublées,

-deux postérieurs, cutanés, prélevés à la face intérne de chaque cuisse.

C - Les lambeaux sont ensuite suturés les uns aux autres sur un moule en verre placé à l'orifice de la cavité artificielle - moule dont la convexité est tournée vers l'extérieur. Avant que la calotte ainsi formée soit tout à fait terminée, le moule est retiré.

D - Puis le dôme cutanéo muqueux est invaginé très délicatement et fixé au fond de la cavité par les fils précédemment laissés en place. Les sutures entre les lambeaux sont alors complétées et la cavité se trouve entièrement tapissée.

GRAVES ne donne pas d'indications sur les soins post-opératoires. Mais il indique que les résultats à long terme furent excellents : vagin souple, humide et de bonne dimension.

Ce type d'intervention a été utilisé à plusieurs reprises par certains auteurs anglo-saxons :

WHITTEMORE

DAVIS et CRON

BRADY

1 - WHITTEMORE 1940, employa exactement la technique de GRAVES Cependant le caractère original de son observation réside dans le fait qu'il s'agissait d'une jeune femme possédant un utérus unicorne fonctionnel, et dans le fait que l'intervention fut suivie de grossesse terminée par une césarienne.

Les modifications apportées à la technique de GRAVES du fait de la présence de l'utérus fonctionnel sont les suivantes :

1 - Dégagement du col de l'utérus dans le fond du décollement inter-vésico-rectal. Les fils d'attente sont placés au niveau de quatre quatrants du col.

2 - Suture des quatre lambeaux à l'extérieur de la néo-cavité mais de manière à former un canal dont l'orifice profond s'ajuste au col. Le canal cutanéo-muqueux invaginé est fixé de la même manière à l'aide des fils préalablement placés sur le col. Un tamponnement de gaze enrobé de caoutchouc est inséré dans la néocavité.

Dans les suites opératoires, des complications survinrent en particulier la nécrose des lambeaux cutanés prélevés sur les cuisses avec la mauvaise cicatrisation des zones de prélèvement. Whittemore en conclut qu'il est préférable de n'utiliser que les petites lèvres.

Puis pendant les six mois suivant l'intervention, il est pratiqué des dilatations vaginales à raison de deux séances par semaine.

Cette patiente devint enceinte cinq mois après l'intervention et accoucha par césarienne d'un enfant normal.

L'indication de la césarienne fut posée sur la constatation du manque de souplesse du néovagin et de l'hypoplasie périnéale.

Quelques mois après cette césarienne, le vagin admettait un doigt dans sa longueur et avait un diamètre d'environ trois centimètres. La patiente devint encèinte une deuxième fois.

2 - DAVIS et CRON 1928, dans deux cas, emploient seulement deux lambeaux constitués au dépens des petites lèvres.

Il s'agit donc d'une technique voisine de celle de ROUX 1890, et identique à celle de KUSTNER 1893.

Le tracé de ces incisions est le suivant (schéma 5) :

- incision première antéro-postérieure et médiane allant du bord inférieur du méat urinaire à la fourchette en passant au centre de l'orifice hyménéal,

-puis libération de la petite lèvre par une incision dans l'ensemble triangulaire, d'abord curviligne en contournant le méat jusqu'au clitoris puis redescendant en bas et en dehors dans le sillon interlabial jusqu'à hauteur du milieu de la grande lèvre.

Dans les deux cas ainsi traités les auteurs mettent en place un tamponnement de gaze laissé une semaine à demeure. Des dilatations manuelles sont entreprises à partir de la deuxième semaine et sont continuées jusqu'au mariage de ces patientes soit pendant trois mois.

Les résultats au bout de trois mois sont très satisfaisants, puisque le néovagin admet un spéculum de taille moyenne et a une profondeur de 9 cm. Les patientes, enfin, disent avoir des relations sexuelles satisfaisantes.

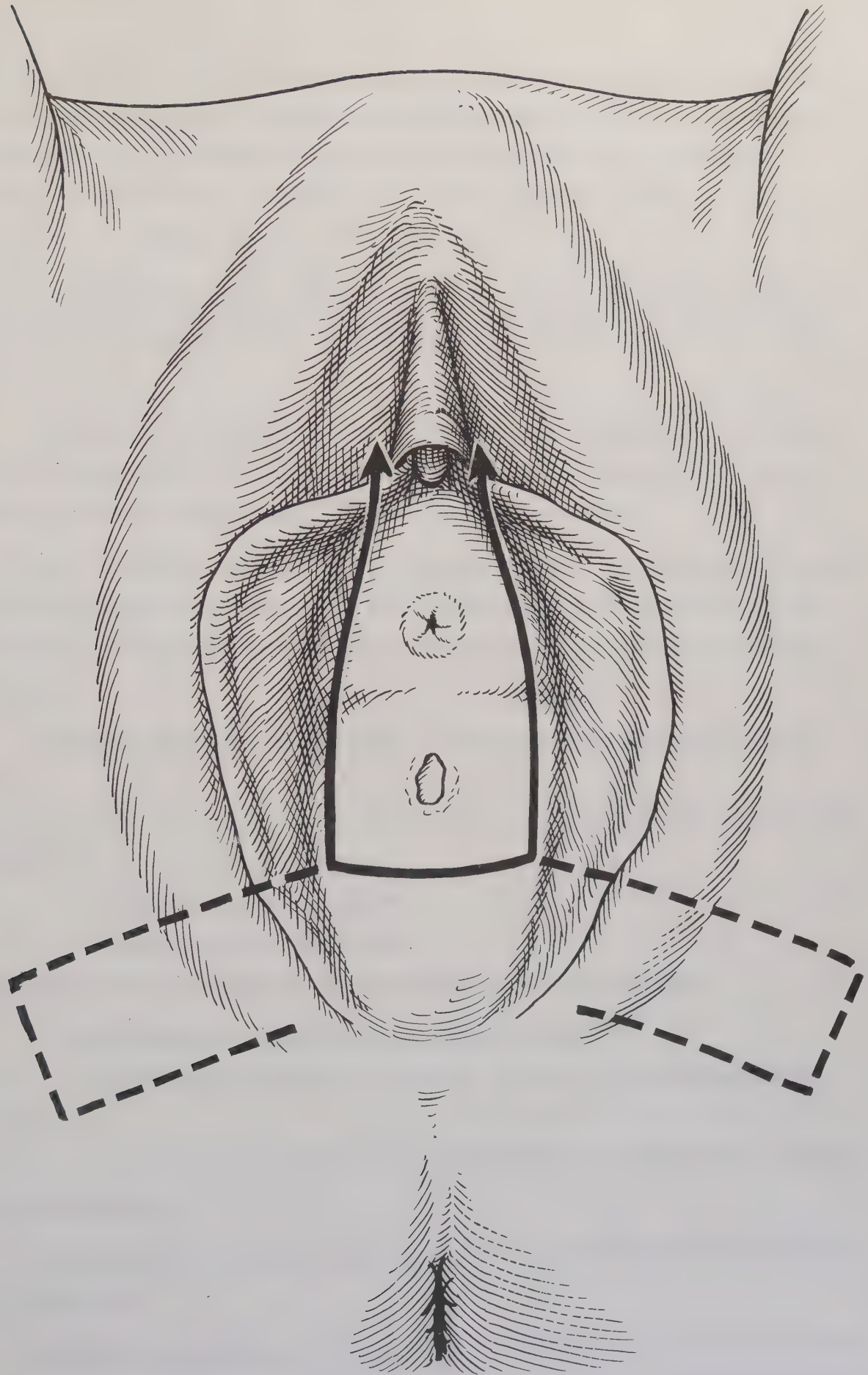
3 - BRADY (1945) publia deux cas opérés selon une technique voisine de celle de GRAVES.

Dans un premier cas (schéma 6), BRADY imagine de conserver grâce à une incision circulaire la muqueuse qui tapisse le fond de la cupule vestibulaire. Autour de cette incision circulaire, il crée un décollement recto-vésical suffisamment profond et long. Au terme de celui-ci, le fragment muqueux conservé se trouve refoulé tout au fond du décollement dans la zone où les difficultés d'épithélialisation sont justement les plus grandes.

Ensuite BRADY fait appel à la technique de Davis et Cron pour recouvrir par les lambeaux de petites lèvres décollées, les zones cruentées du décollement recto-vésical. L'introduction d'un mandrin et des dilatations régulières sont ensuite nécessaires durant un temps prolongé.

Le résultat à long terme est excellent : la patiente qui est revue deux ans après l'intervention entretient des rapports conjugaux satisfaisants : à l'examen, son vagin a 7 cm de profondeur et admet facilement l'introduction de deux doigts.

Dans un deuxième cas, les petites lèvres étant moins développées, l'auteur utilise une technique différente (schéma 7).



4 - GRAVES

Une incision initiale muco-cutanée esttracée en forme d'U inversé Elle part immédiatement en dessous de l'urethre puis se dirige à droite et à gauche jusqu'à 2 cm au dessus et en dehors de l'orifice anal. Le lambeau est décollé de haut en bas. Il servira à recouvrir la face postérieure du décollement recto-vaginal qui est ensuite entrepris.

Les zones cruentées latérales et antérieures du décollement sont recouvertes par les petites lèvres décollées et dédoublées à la façon de Davis et Cron.

Un mandrin est introduit dans la cavité et les résultats anatomiques, jugés 6 semaines après l'intervention sont très bons, le néovagin a 9 cm de profondeur et admet facilement l'introduction de deux doigts.

Dans la littérature allemande, l'emploi des petites lèvres pour la création d'un néo-vagin est connu sous le nom d'intervention de GROSSMANN qui publie en 1939, trois aplasies vaginales traitées selon la technique suivante (schéma 8) :

- incision sagittale de la cupule vestibulaire et décollement vésico-rectal,

- a partir de chaque extrémité de cette première incision sont tracées de chaque côté, deux incisions obliques :

  . l'une en haut et en dehors,

  . l'autre en bas et en dehors

à travers les petites lèvres jusqu'à l'insertion des grandes lèvres.

- trois lambeaux utilisables sont ainsi obtenus :

  . deux grands lambeaux latéraux, fournis par les petites lèvres - dédoublées,

  . un lambeau postérieur plus petit dont la base est située à la commissure postérieure.

Ces lambeaux sont fixés dans la profondeur du décollement et suturés les uns aux autres.

- en fin d'intervention, le vagin a une profondeur de 10 cm et une largeur de 2 doigts et deux ans plus tard, la cavité a toujours la même dimension.

Les deux autres aplasies opérées selon ce procédé eurent la même évolution favorable.

Cette technique a été utilisée par plusieurs auteurs allemand.

L'observation de FAUVET 1952 présente un intérêt considérable :

- il s'agit d'une jeune fille ayant une aplasie des 2/3 ou 3/4 inférieur du vagin avec une hématocèle rétro-utérine et hémato salpinx gauche, la trompe droite étant parfaitement normale.

Dans un premier temps, opératoire : il pratique par laparotomie :

-une évacuation de l'hématocèle,

-une salpingectomie gauche.

Dans un deuxième temps, il crée un néovagin :

- après décollement inter vésico-rectal sur 5 cm, ouverture d'une poche vaginale en rétention constituée par le dôme vaginal qui, dans cette observation était préservé et bien conformé. Les petites lèvres sont utilisées pour tapisser le décollement et sont fixées au dôme vaginal.

Deux ans plus tard, la patiente est enceinte et accouche normalement par les voies naturelles d'un enfant de 3,650 kg, mesurant 53 cm, sans aucune déchirure périnéale.

Enfin TAWAKKOLIAN et WEISER publient en 1968, une étude statistique des cas d'aplasie vaginale qu'ils ont opérés entre 1937 et 1967.

Cette étude porte sur 23 cas dont 4 ont été opérés par la méthode de Grossmann. Deux des 4 malades ont répondu à leur enquête et se déclarent satisfaites après plusieurs années.

Les 19 autres patientes ont subi comme intervention, une dissection inter-vésico-rectale suivie d'une épithélialisation soit sur un mandrintapissé d'amnios, soit sur mandrin recouvert de pommade. Les résultats ont été bons puisque 13 des 15 femmes qui ont répondu, se sont déclarées très satisfaites après plusieurs années.

Les auteurs insistent sur les prothèses qu'ils ont utilisées

-depuis début 1967, ils utilisent des prothèses en "nylon", à porter pendant au moins 6 mois en la sortant tous les deux jours pour la nettoyer et dont ils sont très satisfaits,

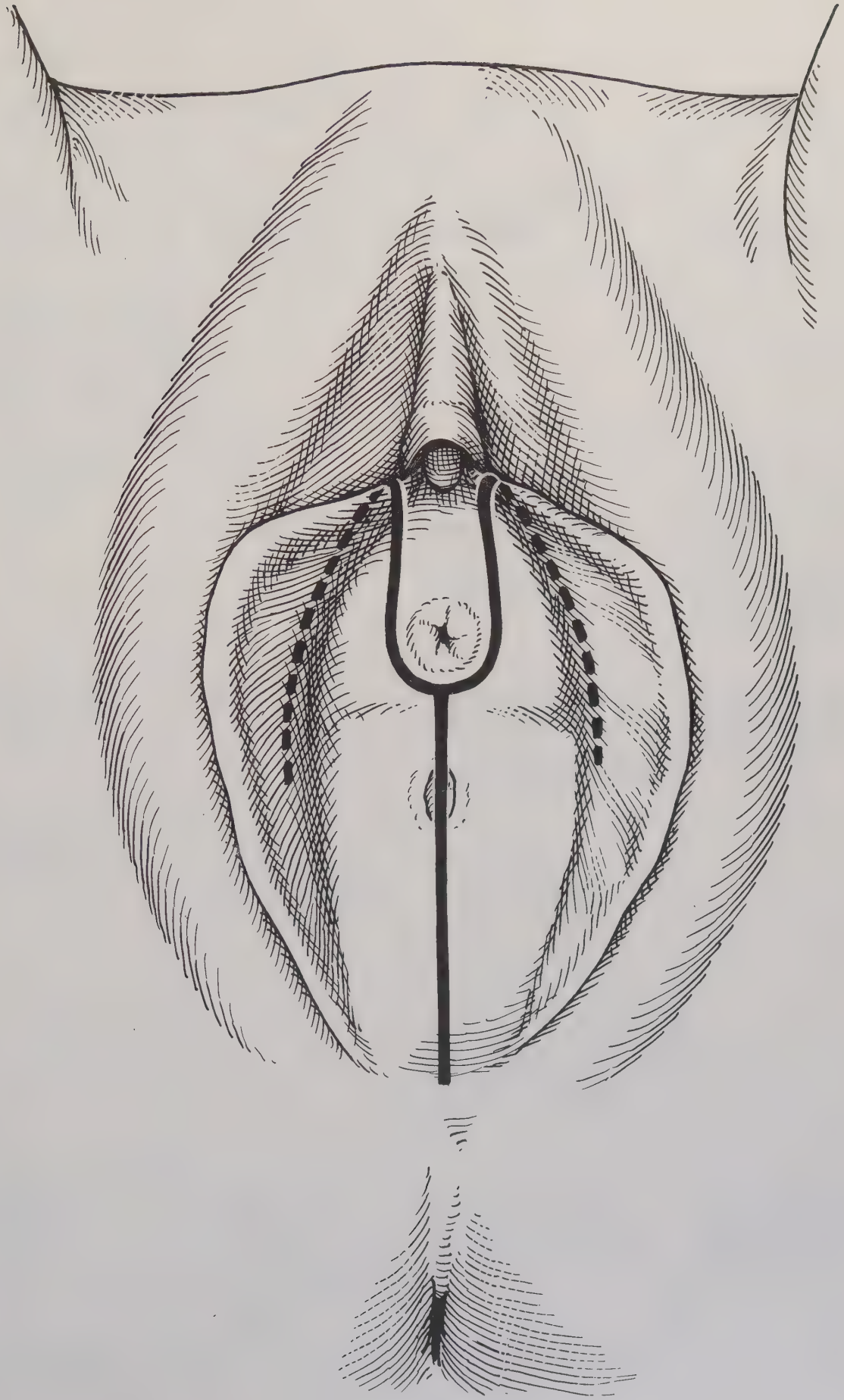
-auparavant ils utilisaient soit des prothèses en verre, soit des tampons recouverts de pommade.

- Résumé de cet historique :

L'étude de la littérature a laquelle nous nous sommes attachés, nous a permis de colliger 22 cas d'aplasie vaginale opérée par une méthode plastique utilisant les petites lèvres comme tissu de recouvrement.

Dans deux cas seulement (le cas de Whittemore et celui de Fauvet), il existait un utérus fonctionnel et ces deux cas furent suivis de grossesse.

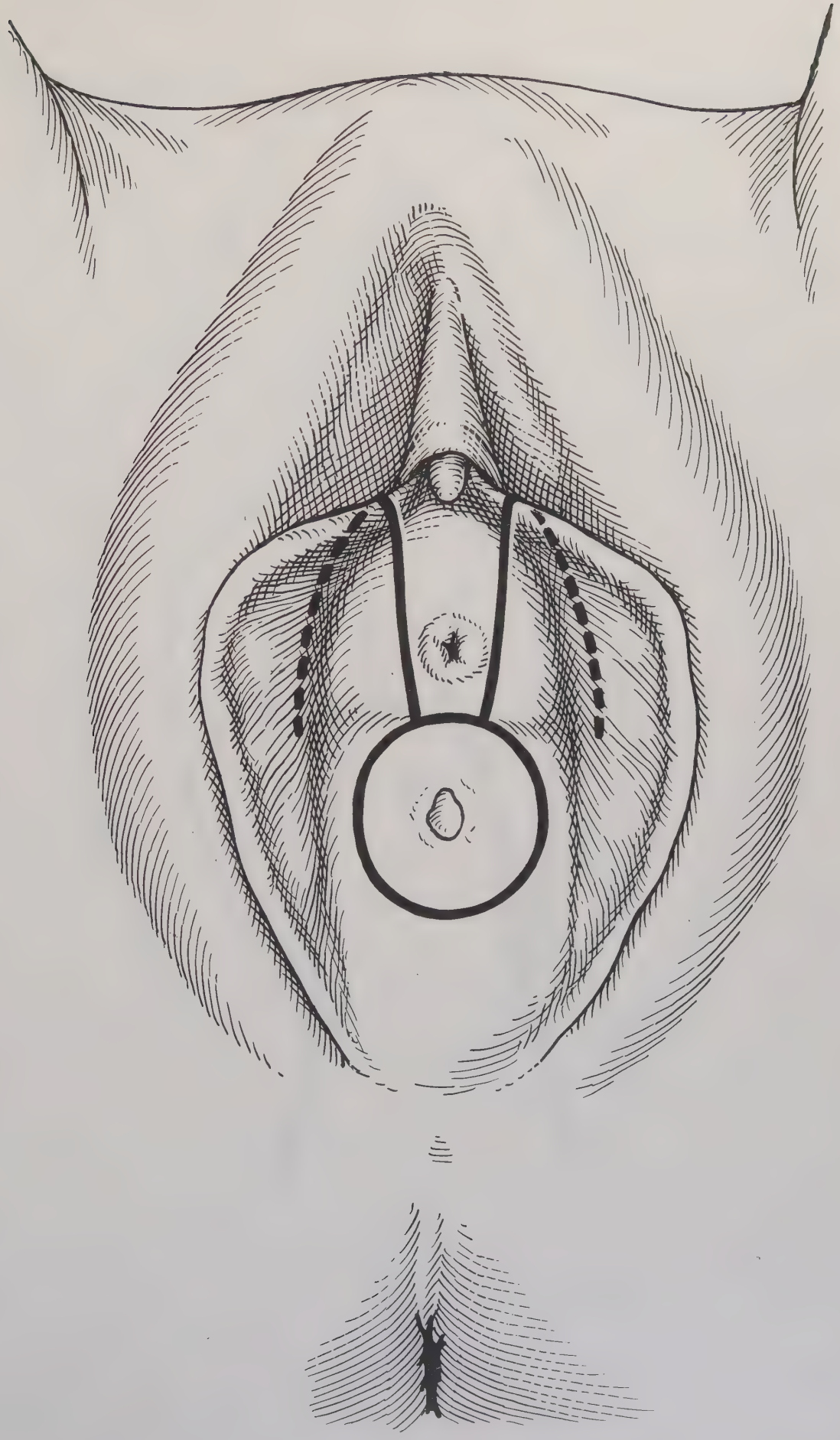
oOo



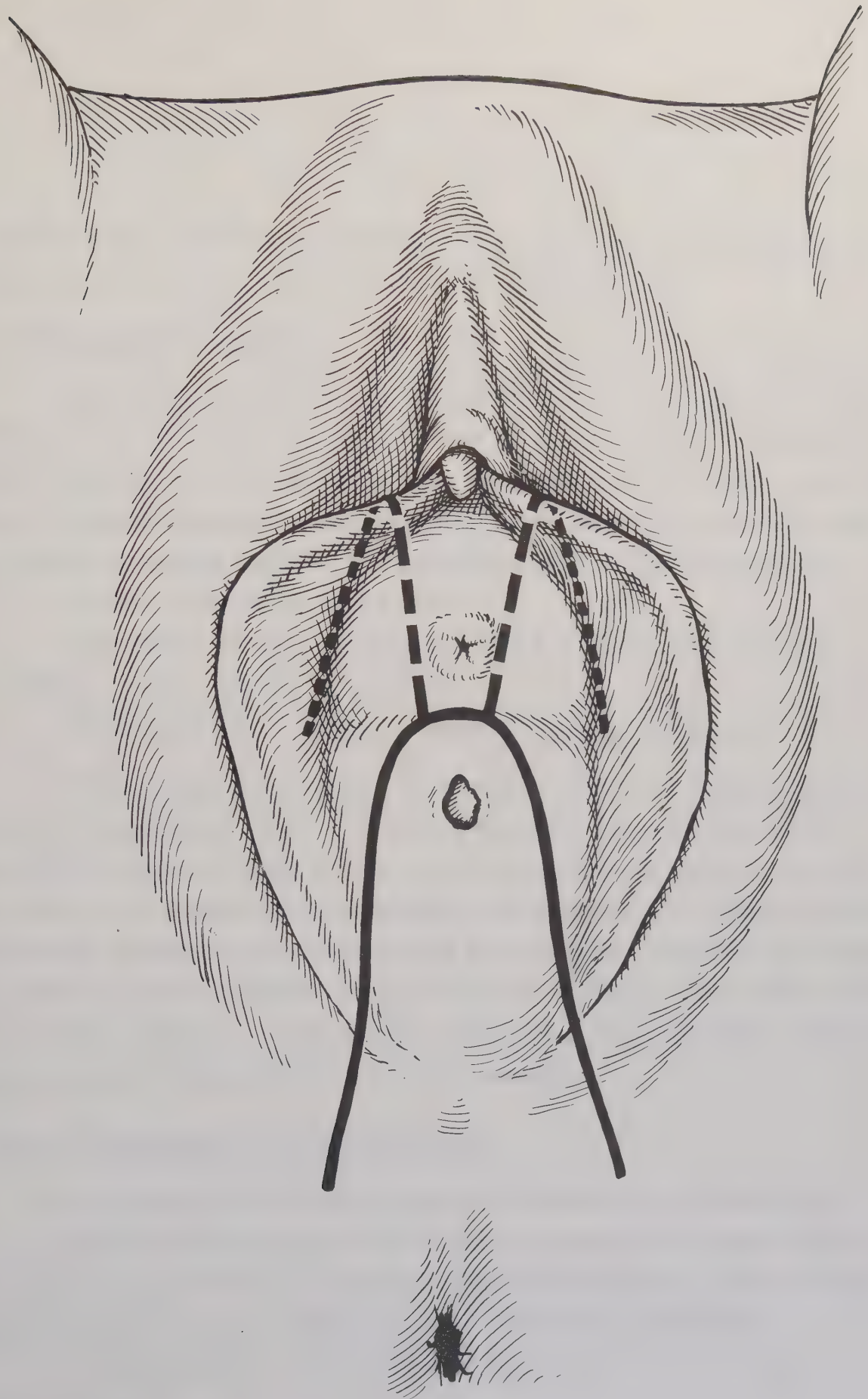
5 - DAVIS ET CRON

Auteurs	Incision	Lambeaux	Soins post opératoires
ROUX 1890 2 cas	2 incisions curvilignes	2 : petites lèvres dédoublées	Gaze iodoformée sur éponge
FOURNIER 1905 1cas KUSTER 1893 1cas FRANK 1892 1 cas LIPINSKI 1895 1 cas		2	
ANDERSON 1 cas 1903	en H	4 lambeaux : 2 grands lamb. latéraux à partir des ptes lèvres dédoublées 2 ant. et post.	Moule verre renouvelé chaque jour, après irrigation avec solution de permanganate
POZZI 1911 1 cas	en H	4 lambeaux comme Anderson avec pour le lambeau antér. mobilisat. de l'urèthre	Tamponnement gaze puis dilation progressive
GRAVES 1916	Transversale puis 2 obliques en HT et DH	4 lambeaux -2 ptes lèvres -2 prélevés sur la cuisse Ces lambeaux sont suturés à l'extér. de la vulve et la calotte ainsi formée est ensuite invaginée dans la néocavité.	
DAVIS et CRON 1928 2 cas	antéro post. prolongée vers le haut par des incisions curvilignes	2 lambeaux uniquement à partir des petites lèvres	Tamponnement gaze, dilatation progressive

Auteurs	Incision	Lambeaux	Soins post opératoires
WITTHEMORE 1942 - 1 cas	Comme Graves	Comme Graves	Tampons puis dilatation progressive, Utérus fonction. grossesse, accouchement par césarienne
BRADY 1945 2 cas	1er cas circulaire 2e cas en U renversé	2 lambeaux, ptes lèvres 3 lambeaux : - 1 postérieur - 2 latéraux	moule en platre recouvert d'un préservatif, pendans 3 mois Moule en balsa pendant 1 mois, puis dilatation
GROSSMANN 1939 3 cas	Sagittale prolongée en H et B par 2 incisions obliques	3 lambeaux - 2 latéraux -1 postérieur	Tamponnement gaze iodée
FAUVET 1952 1 cas	Comme Grossmann	-	utérus fonctionnel, grossesse, accouchement naturel
TAWAKOLIAN	comme Grossman	-	Utilise : soit prothèse en verre avec de bons résultats, soit tampons à pommade. Depuis 67 prothèse en nylon à garder au moins 6 m. Excellent résultat



6 - BRADY 1



7 - BRADY 2

II - Justification, intérêt et inconvénients du procédé de recouvrement du décollement recto-vésical par les petites lèvres dédoublées.

1 - Justification de la méthode :

Les avantages du recouvrement épithélial de la nouvelle cavité sont évidents. Le procédé évite les inconvénients de la technique de Counseller, clivage simple suivi du port prolongé d'un mandrin rigide. En effet, dans cette méthode, l'épithélialisation de la néocavité, qui progresse de bas en haut, de la zone de muqueuse vaginale ou vestibulaire vers le dôme vaginal est :

- LENTE : durant plusieurs mois
- LIMITEE : s'étendant au mieux sur 5 à 6 cm, le fond du vagin étant toujours le plus difficile à recouvrir
- INCOMPLETE : tant que le mandrin est laissé en place.

L'épithélialisation complète se fait seulement si on supprime le port constant du mandrin. Or celui-ci ne peut être retiré que progressivement après une période d'au moins 6 mois. Son abandon précoce aboutit, en effet, à des rétractions centripètes considérables qui se produisent parfois en quelques heures. Il faut donc associer au bout d'une période prolongée, la pratique de rapports sexuels fréquents dans de médiocres conditions (leucorrhée hématique et même purulente) à l'extraction intermittente et progressive (d'abord quelques heures, puis la journée seulement) du mandrin.

2 - Intérêt de l'utilisation des petites lèvres :

a) - Ce sont des formations situées au pourtour de la zone clivée :

- donc faciles à utiliser sans torsion du pédicule nourrissier lors de l'invagination des lambeaux à la différence de l'utilisation des grandes lèvres (CREDE) ou des lambeaux périnéo-fessiers (HEPPNER et SICARD).

- il ne reste pas de cicatrices disgracieuses à la différence des greffes de peau :

. épaisses surtout,

. mais aussi minces dermo-épidermiques :

- difficiles à prélever à la profondeur exacte pour éviter les cicatrices,

- nécessitant de toute façon des soins locaux de la zone donneuse,

- et qui laissent trop souvent sur les zones de prélèvement, les cuisses surtout, de larges plages cicatricielles qui gênent considérablement l'opérée.

b) - Intérêt histologique :

Il s'agit d'un épithélium malpighien non kératinisé donc :

- dépourvu de poils,
- plus humide que la peau normale,
- participant normalement aux phénomènes du coït.

c) - Enfin, ces formations sont sensibles aux incitations hormonales oestrogéniques et participent même aux variations cytologiques du cycle génital.

3 - Inconvénients :

Il faut pour être utilisables que les petites lèvres soient très développées. Malgré leur extensibilité, elles sont parfois de taille insuffisante pour recouvrir totalement le néo-vagin.

Nous en trouvons la démonstration dans la variété des techniques mises en oeuvre :

- Roux, Kustner et Fournier,
- Davis et Cron dans leurs deux cas,
- Brady dans son premier cas,

n'utilisèrent que les petites lèvres.

Dans tous les autres cas, d'autres lambeaux furent nécessaires pour compléter l'intervention :

- deux lambeaux supplémentaires antérieur et postérieur formés de muqueuse vestibulaire pour Anderson et Pozzi,

- deux lambeaux pédiculés prélevés sur les cuisses pour Graves et Whittemore,

- un seul lambeau postérieur formé de muqueuse vestibulaire et du revêtement cutané du périnée circonscrit par l'incision initiale, pour Brady dans son 2e cas et Grossmann (lambeau un peu moins étendu).

4 - Conclusions :

La technique de ROUX GRAVES GROSSMANN présente donc un intérêt certain.

Elle comporte cependant certaines imprécisions individuelles et improvisations techniques liées à la taille variable des petites lèvres chez les sujets.

Elle implique toujours cependant :

- le port prolongé d'un mandrin introduit en dernier temps de l'opération,

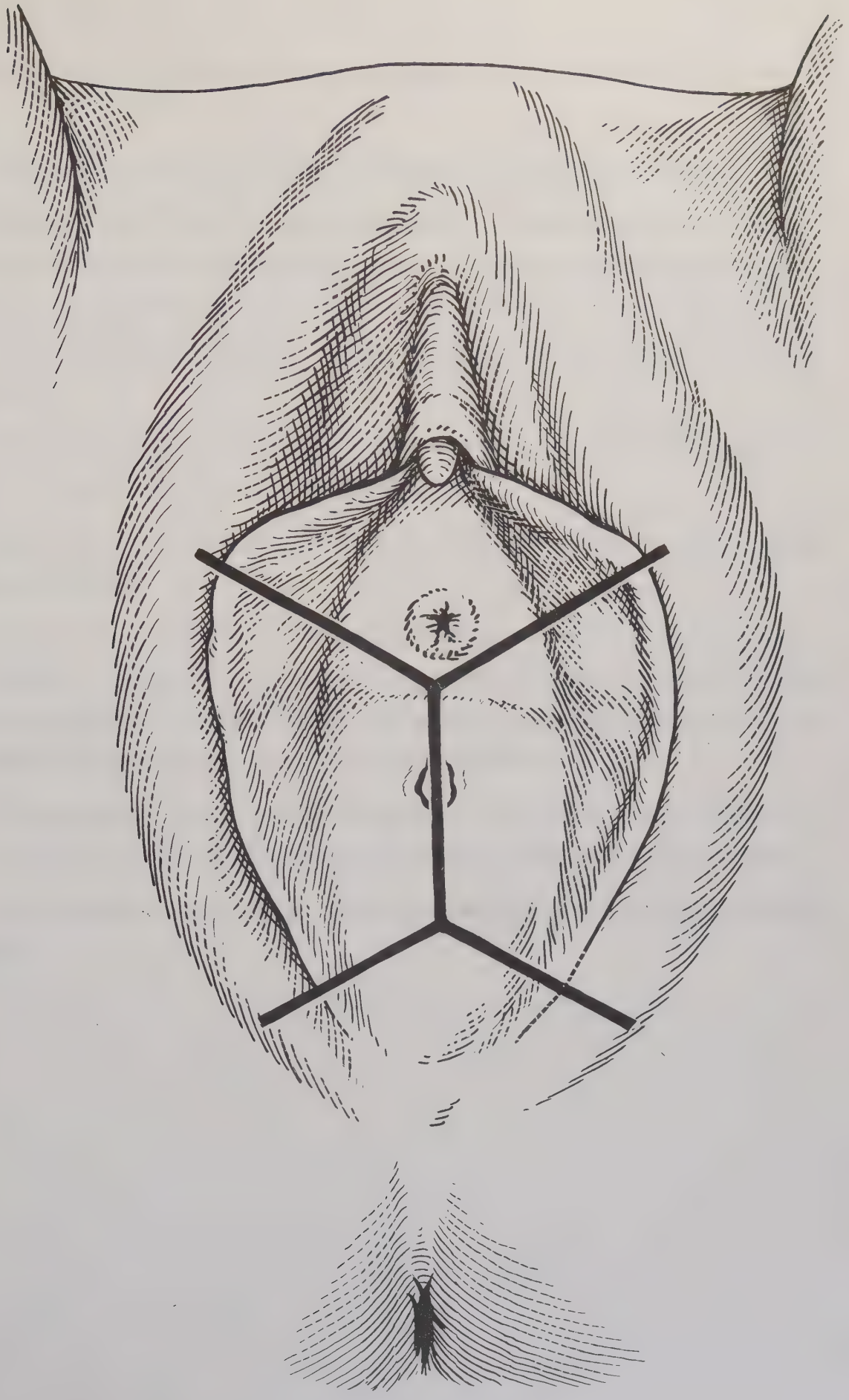
- l'entretien de rapports sexuels aussitôt que les greffes semblent avoir pris suffisamment.

Plusieurs mandrins ont été utilisés comme on peut le voir sur le tableau récapitulafif,

- tamponnements de gaze enrobée de caoutchouc,

- mandrins en verre, en plâtre, en ébonite, en balsa en nylon.

Le Docteur MUSSET utilise à la suite des travaux de Vrasse (stomatologiste des Hopitaux de Paris) une éponge polyvinilique légère imputrescible, rigide quand elle est sèche , et très souple lorsqu'elle est imbibée. Cette éponge, préalablement imprégnée d'ammonium quaternaire afin de la ramollir, puis bien essorée, est introduite dans un préservatif lui même enduit extérieurement de pommade antibiotique. Le dispositif est alors introduit et tassé dans la néocavité, au dessus de la sangle des releveurs. Souvent cette sangle est suffisamment tonique pour maintenir en place l'appareil.



8 - GROSSMANN

Dans d'autres cas, un pansement avec bandage en T est nécessaire à la contention.

Une sonde vésicale est laissée à demeure durant une semaine.

Quarante-huit heures après l'opération, le mandrin est enlevé et les caillots qui se trouvent éventuellement dans la néocavité vaginale sont extirpés. Un nouveau mandrin est introduit, il sera laissé à demeure durant 2 semaines (ou réintroduit immédiatement s'il était expulsé à l'occasion d'efforts abdominaux).

Tous les huit jours, le mandrin doit être rénové, car l'éponge polyvinilique à tendance à se tasser et se rapetisser.

Aussitôt que la prise des greffes paraît assurée, des rapports sexuels doivent être entrepris.

Durant les six premiers mois, il est nécessaire de laisser en permanence à demeure, en dehors des rapports, le dispositif afin d'éviter des rétrécissements centripètes régulièrement observés et si vite apparus quelque soit la technique de création de néo-cavité vaginale utilisée.

Au bout de six mois, le port du mandrin peut devenir seulement nocturne, à condition que des rapports sexuels soient régulièrement entretenus.

Les résultats de la lecture des observations de la littérature semblent satisfaisants.

oOo

III - Observations du Docteur MUSSET

Les observations de Monsieur MUSSET sont encore trop peu nombreuses, au nombre de deux seulement.

Les opérations ont été effectuées avant la revue complète de la littérature, et le Docteur MUSSET regrette d'avoir ignoré à l'époque la technique n° 1 de Brady qui lui paraît particulièrement séduisante.

n° 1 - Mademoiselle R... Dominique, née en 1950

Est adressée dans le service de l'Hotel Dieu en 1967, pour aménorrhée primaire.

Après investigations complètes, le diagnostic de syndrome de Rokitansky-Kuster est porté et la patiente est avertie qu'elle pourra être opérée seulement lorsqu'elle désirera avoir des rapports sexuels.

La patiente revient consulter en octobre 1970, car elle souhaite se marier. Elle est alors âgée de vingt ans et demi.

Un mandrin lui est confié pour qu'elle tente d'abord la méthode non opératoire de Franck

Cette méthode échoue en raison vraisemblablement de la mauvaise volonté et de l'inintelligence de la patiente. L'opération est alors décidée et entreprise le 12.2.71 (R. Musset)

- incision type Grossmann
- clivage recto-vésical
- dédoublement des petites lèvres,
- tapissage du décollement avec les petites lèvres
- mise en place dans la cavité du mandrin.

Six jours après l'intervention, la prothèse est extirpée sous anesthésie générale. Les greffes ont un excellent aspect. La cavité a un diamètre de 2 cm et une longueur de 8 à 10 cm. Une nouvelle prothèse est mise en place.

Dix sept jours après l'intervention l'épidermisation est presque terminée, sauf dans le fond vaginal.

Trois mois plus tard, l'épidermisation est totale (mai 71)

- la cavité a 5 à 6 cm de profondeur.

On confie une bougie à la patiente pour dilatation, pour agrandir cette cavité.

La patiente indocile, n'a pas consenti à subir un examen de contrôle. Mais elle a écrit qu'elle s'était mariée et qu'elle entretenait régulièrement des rapports conjugaux tout à fait satisfaisants.

n° 2 - Mademoiselle M. Marie Noelle, née en 1941

Est adressée dans le service de Monsieur Musset en mai 1971, pour traitement d'une absence congénitale de vagin, il s'agit d'un syndrome de Rokitansky-Kuster .

L'opération est entreprise le 21.5.71 à la demande pressante du médecin et de la famille et bien que la méthode de Frank n'ait pas été préalablement mise en oeuvre,

- Compte rendu opératoire de Monsieur Musset -

Opérée par la méthode de Grossmann.

- incision de la cupule selon le schéma de Grossmann,
- préparation d'un petit lambeau muco-cutané postérieur,
- décollement recto-vaginal jusqu'au Douglas,
- préparation des deux lambeaux muqueux à partir de chacune des petites lèvres,
- invagination des différents lambeaux,
- mise en place du mandrin.

- Suites opératoires simples.

- Sortie au bout de 20 jours.

Un mois après l'intervention :

- la cavité est d'une très bonne longueur et très large, mais il existe une petite bride à l'entrée du vagin qui en rétrécit l'orifice. Celle-ci est corrigée sous anesthésie générale.

Le 9 juillet 1971 : soit un mois et demi après l'intervention :

- la cavité vaginale est large et profonde sans aucune bride. L'orifice externe a un bon calibre. Il existe une épithélialisation presque complète de la cavité.

Le 6 mars 1972 : la patiente est revue en consultation :

A l'examen la morphologie vulvaire est très satisfaisante.

- la cavité vaginale est entièrement épidermisée et admet un spéculum et deux doigts.

- enfin, cette jeune femme est mariée depuis six mois et dit avoir des relations conjugales normales.

Enfin, nous avons obtenu chez ces deux patientes un bon résultat esthétique; en effet, celles-ci avaient des petites lèvres très développées, et après l'intervention la morphologie vulvaire est sensiblement normale.

oOo

CONCLUSIONS

1 - Les petites lèvres dédoublées furent utilisées avec succès par plusieurs auteurs depuis la fin du XIXe siècle dans le traitement opératoire de l'absence congénitale de vagin.

2 - Différents tracés de lambeaux ont été décrits, la technique n° 1 publiée par BRADY paraît particulièrement ingénieuse et séduisante.

3 - Les avantages de ce mode opératoire sont évidents :

- recouvrement immédiat du dédoublement recto-vaginal par un épithélium génital,
- prise rapide et bonne cicatrisation des lambeaux aux larges pédicules d'implantation,
- aspect très satisfaisant de la région vulvo-vaginale ainsi traitée.

4 - La nécessité d'un bon développement des petites lèvres pour la mise en oeuvre du procédé, en réduit toutefois les indications,

5 - Nous rapportons deux bons résultats fonctionnels et anatomiques de cette technique opératoire.

oOo

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON W.

A case of complete absence of the vagina
Pacific med. journ. fev. °1903, 46, n°2, pp.65-71

- BRADY L.

Methods of construction of vagina
Ann. Surg. 1945, T. 121 pp.518-529

- CREDE B.

Heilung der stenosis vaginae durch Einnahen eines Hautlappens
Archiv. f. Gyn. 1884, 22, pp.229-232

- DAVIS C.H. et CRON R.S.

Congenital absence of the vagina. Report of two cases treated by a vaginal plastic operation.
Am. J. Obst. and Gynec. fev. 1928, 15, pp.196-201

- DUMITRESCU M.

Contribution à l'étude des absences congénitales du vagin considérées au point de vue chirurgical.
Thèse Paris 1896, 134 pages

- FOURNIER

21e congrès français de chirurgie
Paris F. Alcan 1908, pp.328

- FAUVET E.

Spontangeburt durch eine plastisch gebildete vagina
Geburtsch. Frauenh. 1952, 12, pp.897-904

- GRAVES W.P.

Gynécology
1916, W.B. Saunders Philadelphia pp.567-570

- GRAVES W.P.

Method of constructing in artificial vagina
Surgical, clin. North America 1921, 1 p.611-614

- GROSSMANN H.

Die Herstellung der Künstlichen Scheide durch Bildung gestielter Hautlappen
Zbl. F; Gynae. 1939, n° 32, pp. 1810-1814

- HARDOUIN G.

Traitement de l'absence congénitale de vagin.
Thèse Paris, 1968, dactyl. 36 p.

- KUSTNER

Uber Kolpoplastik
Verhandl. der D. Gesellsch F. Gynakol. Leipz
1893, pp. 424-427

- LIPINSKY S.A.

Rétrécissement cicatriciel du vagin
Annales de gynécologie et d'obstétrique, Paris,
Avril 1895, 43, .273-284

- POZZI S.

De la création d'une cavité vaginale par la méthode autoplastique dans les cas d'absence congénitale.
Revue de Gynécologie et de Chirurgie Abdominale, T.17
n°2, 1er aout 1911, pp. 97-118

- SICARD A., et BARDOU G.

Création d'un vagin artificiel par simple épithélialisation sur moule
Presse Médicale, 1954, 62, 78, .1625-1626

- ROUX

Vice de conformation par aberration inguinale des deux moitiés utérines, cure médicale, création d'un vagin artificiel
C.R. du Congrès Francais de Chirurgie, Paris 1891,
F. Alcan ed. pp. 497-503

- TAWAKKOLIAN K., et WEISER P.

Die Kunstliche scheidenbildung, bei Aplasia vagina
(Reconstruction artificielle du vagin dans l'aplasie vaginale)
Geburtsch, Frauenh. Nov. 1968, 28, n°11 pp1038-1044

- WHITTEMORE W.S.

Pregnancy following operation for congenital absence of vagina
Am. J. Obst. and Gynec. 44, 1942, pp. 516-521

oOo

Vu, le Président de Thèse

M. le Professeur MUSSET

Vu, le Doyen de la Faculté
BROUSSAIS - HOTEL - DIEU

M. le Professeur MILLIEZ

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

R. MALLET